

RESTORASI ESTETIK DAN PERBAIKAN POSISI GIGI DENGAN VENEER LABIAL MENGGUNAKAN RESIN KOMPOSIT SECARA DIREK

Gabby Ferdinandha*, Ema Mulyawati**, S. S. Winanto***

* Karyawiswa Program Studi Konservasi Gigi PPDGS FKG UGM-USAKTI

** Bagian Ilmu Konservasi Gigi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gadjah Mada

*** Bagian Ilmu Konservasi Gigi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Trisakti

ABSTRAK

Tujuan melakukan restorasi dengan veneer labial menggunakan resin komposit secara direk adalah untuk memperbaiki estetika gigi dalam satu kali kunjungan dan mempertahankan fungsinya selama mungkin di dalam mulut.

Pada kasus ini, seorang wanita dewasa dilakukan restorasi veneer labial menggunakan resin komposit secara direk pada gigi insisivus lateral kanan maksila dengan karies sekunder pada restorasi resin komposit kelas III yang sudah lama dan posisi gigi tampak lebih ke palatal. Penatalaksanaan kasus meliputi pembuangan tumpatan lama, pembersihan karies, preparasi dengan bevel, penentuan warna gigi, pengambilan email gigi pada permukaan labial, aplikasi lining untuk melindungi jaringan pulpa, pemberian etsa asam, aplikasi bonding, restorasi dengan resin komposit menggunakan warna dentin dan email, lalu diakhiri dengan penghalusan dan pembentukan kontur gigi.

Veneer labial menggunakan resin komposit secara direk merupakan restorasi pilihan yang patut dipertimbangkan karena bersifat invasif minimal. Kesimpulan dari laporan ini adalah bahwa karies luas yang melibatkan permukaan labial disertai malposisi gigi yang ringan dapat diatasi dengan restorasi veneer labial menggunakan resin komposit secara direk tanpa harus membuang jaringan gigi lebih banyak.

Kata kunci: veneer labial, resin komposit, teknik direk, restorasi estetik

ABSTRACT

The purpose of labial veneer restoration with direct resin composite is to improve the aesthetics of a tooth in one visit and maintain their function as long as possible in the mouth.

In this case, a woman carried out the labial veneer restorations using direct composite resins on the maxillary right lateral incisor tooth with secondary caries in composite resin Class III restoration that has been a long time and position of the teeth look more to the palatal. Case management includes removal of the old restoration, cleaning of caries, preparation with bevel, determination of the color of tooth, making tooth enamel on the labial surface, the application lining to protect the pulp tissue, the granting of acid etching, application of bonding, using a composite resin restorations with dentin and email color, then ends with a smoothing and contour of tooth formation.

Labial veneer using direct composite resin restorations is an option worth considering because it is minimally invasive. The conclusion of this report is that the extensive caries involving the labial surfaces with a mild malposition tooth can be overcome with labial veneer restorations using direct composite resins without having to remove more tooth tissue.

Key words: labial veneers, composite resin, direct technique, aesthetic restoration

PENDAHULUAN

Masalah estetika dan fungsi pada gigi anterior sering dialami anak-anak dan orang dewasa, baik berupa kerusakan email pada bagian fasial gigi insisivus maksila yang disebabkan oleh karies, pewarnaan gigi karena tetrasiklin, fraktur gigi maupun diastema pada garis tengah gigi. Untuk memperbaiki estetika dan fungsi gigi anterior (vital atau non vital) membutuhkan pengasahan sisa struktur gigi yang sehat seperti yang biasanya dilakukan pada pembuatan *full porcelain* atau *crown*. Tindakan ini akan mengorbankan struktur gigi yang sehat untuk diambil lebih banyak, dimana hal ini tidak disarankan terutama pada gigi vital pasien yang masih muda. Selain itu, perawatan ini juga akan membutuhkan biaya yang lebih mahal (Baratieri, 1993).

Adanya teknik etsa asam pada email gigi dan berkembangnya resin komposit, alternatif perawatan akan menjadi lebih mudah dan lebih bersifat konservatif. Menurut Studervant (1995), veneer merupakan pelapisan gigi dengan suatu bahan sewarna gigi untuk menutup kerusakan sebagian atau seluruh permukaan fasial gigi atau perubahan warna intrinsik dengan tujuan memperbaiki estetika. Senada dengan yang diungkapkan oleh Baum dkk. (1997) bahwa veneer dapat memodifikasi morfologi gigi yang jelek atau penambahan bagian fasial dengan memperbaiki posisi gigi (Baum dkk., 1997). Bahan yang biasanya dipakai adalah komposit, porselen atau *cast ceramic*. Perawatan ini biasanya diindikasikan untuk gigi yang malformasi, diskolorasi, abrasi, erosi atau mempunyai restorasi yang luas (Studervant, 1995).

Resin komposit direk merupakan salah satu tipe veneer yang sering digunakan, karena hanya membutuhkan minimal atau tidak membuang struktur gigi, dan campuran warna dari bahan restoratif ini dapat menyerupai warna dan kontur gigi asli. Resin komposit hanya ada saat ini mempunyai kehalusan, kekuatan dan warna yang sangat

baik, mudah digunakan dan biayanya murah. Veneer direk komposit ini biasanya diindikasikan pada gigi dengan yang membutuhkan restorasi dengan lesi karies ukuran kecil sampai sedang, sedikit mengalami diskolorasi atau malposisi (Christensen, 2004).

Ada dua jenis veneer, yaitu veneer sebagian dan veneer penuh. Veneer sebagian diindikasikan untuk merestorasi kerusakan sebagian atau terdapat area yang mengalami perubahan warna intrinsik, sedangkan veneer penuh diindikasikan untuk merestorasi kerusakan seluruhnya atau terdapat area yang mengalami perubahan warna intrinsik yang melibatkan sebagian besar permukaan fasial gigi. Teknik yang dapat digunakan untuk menyelesaikan veneer penuh dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu direk atau tidak. Jika hanya sedikit jumlah gigi yang terlibat atau kerusakan hanya mengenai sebagian permukaan gigi (veneer sebagian), veneer komposit yang diaplikasikan secara langsung oleh operator dapat dilakukan dan hanya membutuhkan satu kali kunjungan. Menempatkan komposit direk pada veneer penuh sangat membutuhkan waktu dan tenaga. Pada kasus pasien masih muda, melibatkan hanya satu gigi, biaya dan waktu yang tersedia juga minimal maka teknik direk ini dapat menjadi pilihan. Teknik tidak langsung membutuhkan dua kali kunjungan dan lebih menguntungkan dibandingkan veneer direk karena lebih sedikit membutuhkan kemampuan operator, memberikan hasil yang lebih baik pada kasus veneer beberapa gigi dan lebih tahan lama (Studervant, 1995).

Terdapat dua dasar desain preparasi untuk veneer penuh, yaitu preparasi jendela dan *incisal lapping preparation*. Preparasi jendela direkomendasikan untuk veneer komposit direk maupun tidak langsung. Desain preparasi intraemail ini akan mempertahankan fungsi permukaan lingual dan insisal gigi anterior maksila, serta melindungi veneer dari tekanan oklusal. Desain preparasi jendela ini juga direkomendasikan untuk veneer porselen tidak langsung jika pasien menunjukkan tekanan oklusi

berlebih pada permukaan lingual dan insisal. *Incisal lapping preparation* diindikasikan jika gigi yang akan dibuatkan veneer perlu dibuat lebih panjang atau terdapat kerusakan di bagian insisal yang perlu direstorasi. Disain ini sering digunakan untuk veneer porselen karena tidak hanya menjamin kedudukan yang akurat setelah sementasi, tetapi juga meningkatkan estetika sepanjang *incisal edge* (Studervant, 1995).

Timbulnya kontroversi yang berhubungan dengan perluasan preparasi yang sebaiknya dilakukan. Beberapa operator tidak melakukan preparasi pada permukaan fasial gigi yang akan dibuatkan veneer dengan alasan apabila terjadi kegagalan atau ketidakpuasan pasien, maka veneer tersebut dapat dilepaskan kembali. Tindakan ini akan menimbulkan masalah pada hasil estetika yang *over contour*, serta veneer menjadi mudah terlepas karena tidak adanya struktur gigi yang diambil sebelum proses etsa dan bonding dilakukan, selain itu tindakan ini tidak mungkin dapat dilakukan pada veneer penuh. Oleh karena itu, preparasi intraemail selalu dianjurkan untuk mendapatkan estetika yang baik. Preparasi intraemail tidak dilakukan pada kasus gigi yang *under contour* seperti pada abrasi atau erosi yang parah, sehingga permukaan email hanya perlu dibuat lebih kasar. Preparasi intraemail atau pengkasaran gigi ini sangat direkomendasikan untuk menyediakan tempat bagi *opaquer*, bonding dan resin komposit tanpa menyebabkan *over contour*. Selain bertujuan untuk membuang lapisan terluar email gigi yang kaya akan fluorida yang berakibat resisten terhadap pengetsaan, preparasi ini juga akan meningkatkan ikatan resin ke gigi dan akan menghasilkan *finish line* yang baik (Dharma, 2000; Studervant, 1995).

Menentukan warna pada gigi yang mengalami perubahan warna tidaklah mudah karena resin komposit harus mampu menutup warna dasar gigi yang gelap. Oleh karena itu, pengambilan jaringan gigi harus lebih tebal walaupun tidak disarankan, kecuali menggunakan *opaquer*. Warna resin komposit adalah monokromatik,

sedangkan gigi asli adalah polikromatik. Oleh karena itu, biasanya digunakan setidaknya dua warna resin komposit, yang satu untuk menghasilkan warna servikal gigi dan lainnya untuk menghasilkan warna sepertiga tengah dan insisal gigi. Pada saat menentukan warna gigi, gigi harus dalam keadaan lembab. Ada tiga aspek warna yang digunakan untuk menyesuaikan dengan warna gigi : *hue*, *chrome* dan *value*. *Hue* merupakan warna gigi. *Chrome* (intensitas) merupakan derajat penyerapan warna atau intensitas *hue*. Gigi dapat menampilkan berbagai intensitas warna dari pucat, agak kekuning-kuningan, sampai warna kuning yang nyata. *Value* merupakan terang atau gelapnya gigi. Oleh karena itu dalam menentukan warna, klinisi harus memperhatikan gabungan warna daripada kesamaan warna (Baratieri, 1993; Manhart, 2009).

METODOLOGI PENATALAKSANAAN KASUS

Pada tanggal 6 Januari 2011 seorang pasien wanita berumur 51 tahun datang ke Klinik Spesialis Konservasi Gigi RSGM FKG Trisakti untuk memperbaiki tambalan pada gigi depan kanan atasnya yang sudah lama dan tampak batas antara tambalan dengan gigi sehingga mengganggu penampilannya. Penderita mengeluh kadang timbul rasa ngilu bila minum dingin. Pasien mengatakan bahwa gigi tersebut sudah ditambal selama kurang lebih 10 tahun.

Pada pemeriksaan obyektif tampak gigi sedikit lebih gelap dibanding gigi tetangganya, terdapat tumpatan resin komposit kelas III pada bagian mesial gigi 12 yang sudah berubah warna dan terdapat karies sekunder pada tepi restorasi (Gambar 1). Gigi 12 tersebut tampak lebih kearah palatal bila dibandingkan gigi tetangganya dalam lengkung gigi (Gambar 2). Perabaan dengan sonde pada permukaan fasial bagian servikal gigi 12 tampak batas preparasi veneer (Gambar 3a, b), namun pasien tidak pernah

merasa bahwa permukaan labial giginya pernah ditutup dengan tambalan. Pada pemeriksaan vitalitas menggunakan etil klorida masih ada respon. Pemeriksaan perkusi tidak terdapat rasa sakit. Pemeriksaan jaringan sekitar tidak menunjukkan kelainan. Pemeriksaan oklusi menunjukkan oklusi yang normal.



Gambar 1. Gigi 12 tampak lebih gelap dibanding gigi tetangganya dan tampak tumpatan komposit yang sudah lama.



Gambar 2. Posisi gigi 12 dalam lengkung gigi tampak lebih ke palatal



(a)



(b)

Gambar 3. Pandangan fasial (a) dan palatal (b) gigi 12 tampak tumpatan komposit lama yang sudah berubah warna dan tampak batas preparasi di bagian servikal

Diagnosis dari kasus ini adalah karies media dengan pulpitis reversibel. Prognosis kasus ini baik, karena pasien kooperatif untuk merawat giginya, kebersihan mulut pasien baik, jaringan gigi yang tersisa terutama jaringan email sebagai retensi komposit masih baik dan didukung oleh jaringan dentin yang sehat serta belum ada keterlibatan pulpa, serta adanya perkembangan bahan adhesif sehingga memungkinkan banyaknya pilihan warna untuk restorasi gigi anterior dan menciptakan perlekatan yang baik dengan jaringan gigi. Rencana perawatan pada kasus ini adalah veneer komposit direk dengan restorasi resin komposit kelas III. Kunjungan pertama, tanggal 6 Januari 2011, dilakukan pemeriksaan subyektif, obyektif, foto *intra oral* gigi 12 yang diikuti dengan penegakkan diagnosis. Selanjutnya, memberi penjelasan kepada pasien mengenai kondisi gigi, rencana perawatan dan jumlah biaya perawatan serta mengisi dan menandatangani formulir *inform consent*. Sebelumnya gigi dibersihkan terlebih dahulu dengan *scaler*. Kemudian dilakukan penentuan warna dengan menggunakan *Vita Shade Guide* dan didapatkan warna email A3 untuk bagian servikal dan warna email A2 untuk bagian sepertiga tengah dan insisal.

Tumpatan lama dibongkar dan karies sekunder dibuang dengan *round diamond bur* nomor 10. Preparasi dilakukan untuk membuat *hollow ground bevel* pada sekeliling tepi kavitas kelas III dengan menggunakan *flame diamond bur*. Selanjutnya dilakukan preparasi untuk pembuatan veneer dengan menggunakan *round diamond bur* nomor 8 yang masuk setengahnya untuk bagian servikal dan *round bullet-shape truncated cone diamond bur* untuk mengasah bagian fasial sedalam 0,5 mm hingga mendekati daerah kontak proksimal (Gambar 4). Isolasi daerah kerja dilakukan dengan *cotton roll* dan *saliva*

effector yang dipasang terus menerus dan *paralon tip* dipasang pada gigi tetangga. Aplikasikan lining semen ionomer kaca (Fuji I, GC) dengan *ball applicator* untuk melindungi jaringan pulpa (Gambar 5). Setelah itu, aplikasikan etsa dengan asam fosfat 37% selama 15 detik pada permukaan gigi yang sudah diasah (Gambar 6). Kemudian dibilas dengan semprotan air selama 10 detik dan dikeringkan perlahan dengan semprotan angin. Bahan bonding (OptiBond, Kerr) diaplikasikan dengan menggunakan *microbrush* dan dilakukan semprotan udara ringan sehingga bahan bonding yang berlebih akan terbuang, kemudian dipolimerisasi selama 20 detik. Pasangkan matriks *toffemaire (Greater Curve)* yang dipotong sebagian pada permukaan labial untuk memudahkan penempatan pada gigi 12. Penempatan resin komposit (Herculite Preci, Kerr) pertama dilakukan pada kavitas kelas III dengan memberikan warna dentin (Gambar 7), lalu ditutup dengan warna email A2 hingga batas proksimal (Gambar 8). Selanjutnya matriks dilepas dan penempatan resin komposit dilanjutkan untuk membuat veneer. Warna email A3 diaplikasikan pada daerah servikal, sedangkan warna email A2 diaplikasikan pada bagian sepertiga tengah hingga insisal yang dilakukan selapis demi selapis. Permukaan tumpatan kemudian dihaluskan dengan Komporoller Assorted kit (Kerr) dan disinari dengan *light cure* selama 40 detik dari semua arah untuk mendapatkan polimerisasi yang baik (Gambar 9, 10). Pengecekan oklusi dengan *articulating paper* dan kontak proksimal dengan benang gigi (Gambar 11).

Setelah prosedur penempatan selesai, dilakukan penghalusan dan pembentukan kontur gigi dengan *finishing bur*. Bagian proksimal dihaluskan dengan *polishing strip* (Gambar 12). Pemolesan dilakukan dengan menggunakan OptiDisk dan Occlubrush (Kerr) (Gambar 13, 14, 15). Setelah selesai, pasien diinstruksikan untuk menunda kontak veneer dengan zat pewarna buatan.



Gambar 4. Hasil akhir preparasi



Gambar 5. Aplikasi lining GIC pada gigi 12



Gambar 6. Aplikasi etsa komposit dengan warna dentin pada kavitas kelas II



Gambar 7. Pemasaan matriks dan penempatan resin



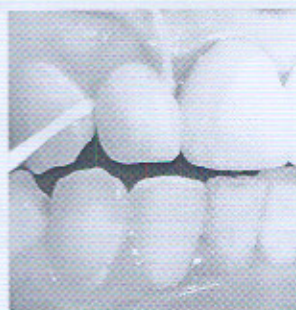
Gambar 8. Penempatan resin komposit dengan warna email pada kavitas kelas III



Gambar 9. Hasil akhir restorasi dari pandangan fasial



Gambar 10. Hasil akhir restorasi dari pandangan palatal



Gambar 11. Pengecekan bagian proksimal dengan benang gigi



Gambar 12. Penghalusan bagian proksimal dengan *polishing strip*



Gambar 13. Hasil akhir setelah pemolesan dari pandangan fasial



Gambar 14. Hasil akhir veneer dari pandangan insisal



Gambar 15. Gigi 12 setelah dibuatkan veneer

HASIL PENATALAKSANAAN KASUS

Evaluasi hasil restorasi gigi insisivus lateral kanan maksila paska veneer labial dengan resin komposit secara direk pada tanggal 13 Januari 2011, yaitu kontrol 1 minggu paska veneer. Pasien tidak ada keluhan pada pemeriksaan subyektif. Pemeriksaan obyektif yaitu permukaan dan tepi restorasi halus, warna gingiva normal dan kebersihan mulut baik. Pasien merasa puas karena warna dan posisinya serasi dengan gigi tetangga secara estetika dan pasien tidak merasa ngilu sehingga dapat mengembalikan fungsi gigi tersebut di dalam mulut.

PEMBAHASAN

Preparasi pada kasus ini seluruh tepi kavitas email dibevel. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan luas area permukaan yang tersedia untuk bonding. Sudut bevel biasanya dibuat 45 derajat sehingga mampu membuka enamel rod lebih banyak untuk mendapatkan ikatan yang lebih kuat, membuang prisma email yang tidak didukung oleh dentin dan untuk menghasilkan campuran warna yang lebih baik antara restorasi dengan gigi (Patil, 2002). Kedalaman preparasi untuk pembuatan veneer komposit direk pada gigi 12 ini kurang lebih 0,5 mm, karena email gigi sudah tipis dan posisi gigi tampak lebih kearah palatal. Hal ini sesuai dengan pendapat Baratieri (1993) bahwa preparasi gigi hanya dilakukan sampai batas email. Bila gigi hanya sedikit mengalami perubahan warna dan/atau inklinasi gigi lebih mengarah ke lingual dalam hubungan gigi-gigi yang berdekatan, preparasi lebih terbatas pada pembuangan email gigi yang mengkilap atau tidak perlu sama sekali. Kedalaman pengambilan email gigi berkisar antara 0,4 mm dan 0,5 mm pada bagian servikal gigi, dan 0,5 mm hingga 0,6 mm pada bagian sepertiga tengah kearah insisal.

Pendapat ini didukung oleh Dharma (2000) bahwa bila warna gigi yang akan di veneer cukup baik atau hanya perlu sedikit modifikasi, preparasi yang dilakukan sangat minimal hanya permukaan email yang akan di veneer saja yang dipreparasi. Kedalaman preparasi antara 0,5 sampai 1 mm.

Pada saat sebelum dipreparasi gigi 12 ini sudah tampak batasan preparasi pada bagian servikal di supragingiva, oleh karena itu

batas veneer ini dibuat mengikuti sebelumnya yaitu pada supragingiva. Selain itu, gigi 12 hanya mengalami perubahan warna yang ringan sehingga bila batas dibuat pada supragingiva tidak akan mengganggu estetika. Tindakan ini bertujuan untuk meminimalkan pembuangan jaringan gigi yang berlebihan dan mendapatkan tepi servikal yang dapat dibentuk dan dipoles dengan baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Studervant (1995) bahwa jika kerusakan atau diskolorasi tidak meluas ke subgingiva, maka batas veneer tidak mencapai subgingiva. Perluasan batas kearah subgingiva dilakukan jika terdapat pada daerah ini terdapat karies atau kerusakan, atau terjadi diskolorasi yang sangat gelap sehingga timbul masalah estetika. Selain itu, tidak ada bahan restoratif yang sebaik struktur gigi normal dan jaringan gingiva akan lebih sehat jika berkontak dengan struktur gigi normal daripada bahan buatan. Pada kasus ini, pada bagian insisal dibuat batas di labio-incisal line angle sehingga seluruh veneer resin didukung oleh jaringan gigi. Menurut Dharma (2000), bentuk preparasi jendela ini dibuat bila tidak ada rencana untuk memanjangkan gigi pada dimensi cervico-incisal, sehingga kontak oklusi serta artikulasi dengan geligi bawah terjadi di permukaan gigi asli.

Isolasi daerah kerja pada gigi ini dilakukan dengan menggunakan cotton roll dan saliva ejector yang dipasang terus menerus, karena terdapat kavitas kelas III yang sampai ke daerah servikal yang menyulitkan pemasangan rubber dam dan penggunaan rubber dam akan menyulitkan dalam menentukan warna gigi. Hal ini sesuai yang dikemukakan Baratieri (1993) bahwa dengan menggunakan rubber dam kadang menyulitkan dalam menentukan warna yang benar, terutama dalam menduplikasi warna hue. Gigi yang diisolasi dengan rubber dam menjadi dehidrasi dan menyebabkan perubahan pada warna hue. Selain itu, untuk menentukan chrome dan warna value pada gigi yang dehidrasi juga sulit dilakukan. Untuk mengatasi hal ini, gigi harus dibiarkan tetap lembab selama prosedur dilakukan atau isolasi dilakukan dengan cara lain (misalnya dengan menggunakan matriks yang mengisolasi hanya satu gigi). Penggunaan paralon tip pada kasus ini adalah untuk melindungi gigi tetangga pada saat pengetsaan. Hal ini senada dengan yang diungkapkan oleh Fahl (2006). Pembuatan

veneer komposit pada kasus ini tidak menggunakan *opaquer* karena gigi hanya mengalami perubahan warna yang ringan dan warna yang serasi dapat dicapai dengan menggunakan resin komposit. Hal ini sesuai dengan pendapat Baratieri (1993) bahwa *opaquer* tidak selalu harus digunakan. Menurut definisi, *opaquer* dapat memblokir transmisi cahaya melalui struktur gigi, sehingga mengubah karakteristik gigi menjadi seakan rata dan tidak hidup. *Opaquer* secara alamiah dapat merefleksikan sinar cahaya dan mencegah berpenetrasi lebih dalam sehingga mampu menyembunyikan warna dasar yang tidak diinginkan. *Opaquer* tidak boleh sampai batas preparasi dan dibuat setipis mungkin, tidak menutupi seluruh permukaan terutama bagian *incisal edge*. Walaupun begitu, penggunaan *opaquer* sebaiknya dihindari sebisa mungkin. Apabila sangat diperlukan, *opaquer* harus diaplikasikan selapis tipis dan sejauh mungkin dari permukaan luar veneer.

Bahan restorasi yang digunakan pada kasus ini adalah Herculite Precise (Kerr) yang merupakan resin komposit jenis nanohybrid. Komposit dengan ukuran filler yang kecil ini akan menghasilkan estetika yang baik untuk gigi anterior. Selain itu juga mudah diaplikasikan, dapat dipoles, memberikan efek bunglon, penyusutan yang kecil dan tahan lama. Baratieri (1993) menyarankan untuk menggunakan resin komposit jenis mikrofil karena dapat dipoles dan lebih mudah mendapatkan tekstur permukaan email gigi. Restorasi pada kasus ini menggunakan 2 macam warna resin komposit, yaitu warna dentin untuk kavitas kelas III di mesial gigi 12 yang sudah mencapai dentin dan warna email (A2 dan A3) untuk bagian servikal, sepertiga tengah dan insisal. Menurut Baratieri (1993), satu atau dua warna resin komposit dapat digunakan tergantung dari kedalaman abrasi. Perubahan warna yang parah sampai moderat, preparasi biasanya dibuat dalam dan menggunakan dua warna resin komposit yaitu jenis makrofil atau hybrid untuk mereproduksi dentin, dan resin mikrofil untuk mereproduksi email bagian fasial. Perubahan warna yang sedikit dan preparasi yang dangkal, cukup satu resin mikropartikel yang diperlukan. Resin diaplikasikan selapis demi selapis dan dimulai dari servikal atau insisal. Disarankan untuk mengaplikasikan dua lapis resin yang dibagi menjadi tiga bagian pada tiap lapisnya (servikal, sepertiga tengah dan insisal). Bagian

pertama dari lapisan pertama adalah pada regio servikal dan dipolimerisasi selama 20 detik. Bagian kedua adalah perluasan dari sepertiga tengah ke proksimal *incisal edge* (sepertiga tengah) dan dipolimerisasi selama 20 detik. Bagian ketiga diperluas untuk menutupi *incisal edge* dan dipolimerisasi selama 20 detik. *Incisal edge* dibuat translusen dengan karakteristik gigi yang sesuai. Pada lapisan kedua, biasanya bertujuan untuk membangun kembali anatomi gigi dan diaplikasikan seperti pada lapisan pertama (servikal, sepertiga tengah, insisal), tetapi waktu polimerisasi pada tiap bagian digandakan (40 detik) (Baratieri, 1993; Summit dkk., 2001).

Setelah pembuatan veneer, *finishing* dilakukan dengan menggunakan *finishing bur* dan pemolesan veneer dilakukan dengan menggunakan disk yang lentur kecepatan rendah. Hal ini sesuai dengan pendapat Baratieri (1993) bahwa *finishing* dapat dilakukan menggunakan *fine grit diamond bur*, sedangkan pemolesan dilakukan dengan bur kecepatan rendah menggunakan disk yang lentur. Selain itu juga dapat digunakan bur, *sandpaper disks*, *rubber wheels*, *points*, *cups*, dan *polishing paste*. Dalam hal ini, harus memperhatikan bagian *cervical edge* agar tidak *over contour* yang dapat menyebabkan iritasi pada gingiva (Baum dkk., 1997; Studervant, 1995).

KESIMPULAN

Restorasi veneer labial dengan resin komposit secara direk dapat mengembalikan estetika gigi anterior dalam waktu yang singkat dan relatif murah, sekaligus mengembalikan fungsinya di dalam mulut dengan merestorasi gigi yang mengalami karies.

SARAN

1. Veneer diharapkan dapat menjadi pertimbangan dalam menangani kasus gigi anterior yang mengalami karies dan malposisi ringan sehingga pengambilan jaringan gigi yang lebih banyak tidak perlu dilakukan.
2. Veneer hendaknya dilakukan oleh operator yang berkompeten di bidangnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Baratieri, L. N. 1993. *Advanced Operative Dentistry*. Edisi ke-2. Quintessence. Sao Paulo.
2. Baum, L., Phillips, R. W. dan Lund, M. R. 1997. *Buku Ajar Ilmu Konservasi Gigi*. EGC. Jakarta.
3. Christensen, G. J. 2004. What is a veneer?. *J Am Dent Assoc*. 135(11):1574-1576.
4. Dharma, R. H. 2000. *Veneer Go For It*. Dental Lintas Mediatama. Jakarta. [http://intl.kerrdental.com/cms-filesystem-action?file=KerrDental-Products-Brochure/Herculite Precis SalesSheet 348 38.pdf](http://intl.kerrdental.com/cms-filesystem-action?file=KerrDental-Products-Brochure/Herculite%20Precis_SalesSheet_348_38.pdf)
5. Fahl, N. 2006. A Polychromatic Composite Layering Approach For Solving A Complex Class IV/Direct Veneer-Diastema Combination : Part I. *Pract Proced Aesthet Dent*. 18(10):A-G.
6. Manhart, J. 2009. *Aesthetic Layering Technique*. [http://www.voco.com/en/products/products/amaris/AB Amaris Dr Manhart THE DEN TIST March 2009.pdf](http://www.voco.com/en/products/products/amaris/AB_Amaris_Dr_Manhart_THE_DEN_TIST_March_2009.pdf)
7. Patil, R. 2002. *Esthetic Dentistry : An Artist's Science*. Edisi ke-1. PR Publications. India.
8. Studervant, C. M. 1995. *The Art and Science of Operative Dentistry*. Edisi ke-3. Mosby. St. Louis.
9. Summit, J. B., Robbins, J. W. dan Schwartz, R. S. 2001. *Fundamentals of Operative Dentistry*. Edisi ke-2. Quintessence. Chicago